

Necesidad de recibir el servicio

Padre/madre/tutor:			Padre/madre/tutor:		
¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuántas horas trabaja por semana?			¿Cuántas horas trabaja por semana?		
¿Cuánto gana por hora?			¿Cuánto gana por hora?		
Nombre del empleador:			Nombre del empleador:		
Teléfono:			Teléfono:		
Consigne el horario de ingreso y de salida de su trabajo cada día.			Consigne el horario de ingreso y de salida de su trabajo cada día.		
	Ingreso	Salida		Ingreso	Salida
Domingo			Domingo		
Lunes			Lunes		
Martes			Martes		
Miércoles			Miércoles		
Jueves			Jueves		
Viernes			Viernes		
Sábado			Sábado		
¿Cursa estudios de jornada completa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Cursa estudios de jornada completa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está inscripto en una escuela de estudios de postgrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Está inscripto en una escuela de estudios de postgrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la escuela:			Nombre de la escuela:		

Para determinar el grado de necesidad que usted tiene de recibir el subsidio de cuidado de niños necesitamos que adjunte sus recibos de pago correspondientes a los últimos treinta días o una carta de su empleador con indicación de su salario y las horas que trabajó. Si es un estudiante, ajunte una copia de su cronograma de clases.

Consigne otros motivos por los cuales usted necesita recibir el servicio de cuidado de niños (internaciones, búsqueda de trabajo, etc.).

Ingreso familiar mensual

Consigne sus ingresos familiares. Si usted no es el padre-la madre o el padre-madre adoptivos del niño que necesita ser cuidado, consigne solamente el ingreso del niño.

Sueldo bruto (antes de deducirse impuestos) \$	Ingreso complementario (SSI) \$
Subsidios del (FIP) Programa de Inversión Familiar \$	Seguridad Social \$
Pensión alimentaria \$	Otros \$

Si recibe subsidio alimentario, subsidio del FIP o de asistencia médica, por favor ingrese el nombre de su asistente aquí: _____

Firma

Fecha

Usted tiene derecho a apelar

Usted, o la persona que lo ayuda, podrán solicitar una audiencia por escrito en caso de no estar de acuerdo con alguna medida tomada en su caso. Usted podrá contactarse con la oficina de DHS de su condado para cualquier consulta en relación con los servicios legales que están disponibles dependiendo de su capacidad de pago. Usted podrá también llamar a Ayuda Legal al 1-800-532-1275. Si reside en el Condado de Polk, deberá llamar al 243-1193.

No sufrirá ningún tipo de discriminación

Es política del Iowa Department of Human Services (DHS) brindar igual trato en el empleo e iguales oportunidades para la prestación de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, independientemente de su raza, color, país de origen, sexo, religión, edad, discapacidad, tendencia política o condición de veterano.

Si usted considera que el DHS lo ha discriminado o acosado, podrá enviar una carta de queja al: Iowa Department of Human Services, Administrator, Diversity Program Unit, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; teléfono (800) 972-2017; fax (515) 281-4243.